

健康調査票

氏名		男・女	生年月日	年 月 日
----	--	-----	------	-------

予防接種					
BCG	年	月	日	三(四)種混合1回目	年 月 日
麻疹・風疹混合Ⅰ期	年	月	日	三(四)種混合2回目	年 月 日
麻疹・風疹混合Ⅱ期	年	月	日	三(四)種混合3回目	年 月 日
Hib(ヒブ) 1回目	年	月	日	三(四)種混合 追加	年 月 日
Hib(ヒブ) 2回目	年	月	日	日本脳炎 1回目	年 月 日
Hib(ヒブ) 3回目	年	月	日	日本脳炎 2回目	年 月 日
Hib(ヒブ) 追加	年	月	日	日本脳炎 3回目	年 月 日
肺炎球菌	年	月	日	おたふくかぜ ^g	年 月 日
肺炎球菌	年	月	日	B型肝炎 1回目	年 月 日
肺炎球菌	年	月	日	B型肝炎 2回目	年 月 日
肺炎球菌	年	月	日	B型肝炎 3回目	年 月 日
水痘 1回目	年	月	日	A型肝炎	年 月 日
水痘 追加	年	月	日		

該当するものに○をつけてください。	0歳児	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
風邪をひきやすい							
扁桃腺が腫れやすい							
湿疹がでやすい							
喘息である							
鼻血がでやすい							
下痢をしやすい							
便秘がちである							
脱臼しやすい(部位:)							
飲んではいけない薬がある							
その他							

既往歴					
麻疹	年	月	日	りんご病	年 月 日
風疹	年	月	日	手足口病	年 月 日
水痘	年	月	日		年 月 日
おたふく風邪	年	月	日		年 月 日

平常時の体温		()度	
継続的に 治療中の病気	(アトピー性皮膚炎、喘息、心臓疾患など)		医療機関名
			治療状況
ひきつけ等の 状況	ひきつけ、けいれん てんかん	あり・なし	(熱 度/ 歳頃/その後 (回))
			初回 年 月・最近 年 月
食物アレルギー	有 無	あり・なし	初めてわかった時期() (いつ・どのように)
	原因食品	卵・乳・小麦・大豆・鶏・豚・牛・えび・かに・魚()	
		野菜()・果物()・その他()	
	家庭での対応	完全除去・少しは食べている・除去はしていない 具体的に[]	
	医師の診断	あり・なし	(指示内容・治療状況など)
給食などの 個別対応	希望する・しない	* 除去食など、個別対応を希望する場合、医師の指示書が必要となります	
健康診査の 状況	◆健診の状況(○をつけてください)		
	4か月健診	受けた・受けていない(受診場所)	(受診結果)指導なし・あり
	7か月健診	受けた・受けていない(受診場所)	(受診結果)指導なし・あり
	10か月健診	受けた・受けていない(受診場所)	(受診結果)指導なし・あり
	1歳6か月健診	受けた・受けていない(受診場所)	(受診結果)指導なし・あり
	3歳児半健診	受けた・受けていない(受診場所)	(受診結果)指導なし・あり
	5歳児健診	受けた・受けていない(受診場所)	(受診結果)指導なし・あり
指導ありの場合	か月健診 ・ 継続中 指導内容		
発育・ 発達・ 行動	◆行動や発達などで気になるところがありますか。あれば具体的に記入してください。 (身体に関すること、言葉に関すること、目が合わないなど行動に関することなど)		
	◆発達などで相談しているところ なし ・ あり		
	機関名(施設名等) 内容等		
その他	◆自由にお書きください(子育ての悩みや心配事など)		
健康保険証 名称		記号・番号	
福祉医療費受給者証 公費負担者番号		受給者番号	